Formulario de revisión del programa

Para pedir a Healthy Families que revise y cambie una decisión

Instrucciones

Use este formulario si usted no está de acuerdo con una decisión que Healthy Families haya tomado sobre usted o su familia. Usted puede pedir a Healthy Families que cambie la decisión. Llene el formulario y envíelo por correo a Healthy Families, de manera que lo recibamos a más tardar a 60 días de la decisión. Tache y corrija toda la información que esté mal.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta llame a Healthy Families al: ***1-866-848-9166,*** *de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

❑ Marque esta casilla si está enviando pruebas nuevas de ingresos u otros papeles nuevos con el formulario.

A. Información sobre usted.

B. Información sobre las personas cuya cobertura fue cancelada.

C. Motivo para la revisión.

Usted *debe* responder a las preguntas 1 a 4 de abajo. Puede responder a la 5 si así lo desea. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio para escribir.

1. ¿Qué decisión le gustaría que revisáramos?

Díganos sobre la decisión que quiere que revisemos o incluya una copia de la carta que recibió de Healthy Families que habla sobre la decisión.

2. ¿Por qué le parece que nuestra decisión es incorrecta?

Escriba el motivo o marque las casillas de abajo. Marque tantas como quiera.

- ❑ Los ingresos fueron mal calculados
- ❑ El afiliado no tiene Medi-Cal sin costo
- ❑ Enviamos los papeles pedidos (díganos cuándo envió por correo o fax los papeles)
- ❑ Se hizo el pago
- ❑ Me parece que la decisión va en contra de las políticas de Healthy Families o la ley (explique abajo)
- ❑ Otro (explique abajo)

_____

_____

_____

3. ¿Qué le gustaría que hiciéramos?

- ❑ Mantener a los miembros de su familia en Healthy Families
- ❑ Otro (explique abajo)

_____

_____

_____

4. ¿Qué más le gustaría que supiéramos?

¿Hay más información que crea nos pueda ayudar a revisar nuestra decisión? Escriba la información o envíe otros papeles que nos ayuden a entender.

_____

_____

_____

D. Firme el formulario y envíelo a nuestras oficinas a más tardar a 60 días de la decisión.

Firma: _____ *Fecha:*_____

Envíe por correo el formulario y otros papeles a:

Healthy Families
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

O, envíe por fax el formulario y los papeles al:

Fax: 1-866-848-4974 El número de fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que nos envíe. **Su Family Member Number es:**

E. Permiso para compartir información con la siguiente persona:

Doy permiso a Healthy Families para compartir información sobre lo que está sucediendo con mi revisión con:

Nombre: _____

➡ Firma: _____ Fecha:_____